

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

ADENOMEGALIA EM CRIANÇAS
AVALIAÇÃO E CONDUTA EM 19 CASOS

GENOIR SIMONI
MANOEL TIAGO VIDAL RAMOS JÚNIOR

FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 1988

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

ADENOMEGALIA EM CRIANÇAS
AVALIAÇÃO E CONDUTA DE 19 CASOS

GENOIR SIMONI
MANOEL TIAGO VIDAL RAMOS JÚNIOR

* DOUTORANDOS DA 11a. FASE DO CURSO
DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 1988.

Agradecemos ao Prof. Dr. LINCOLN
VIRMOND ABREU pela colaboração,
auxílio e orientação que possibi-
litaram a realização deste.

ÍNDICE

I, RESUMO	01
II. INTRODUÇÃO	02
III. MATERIAL E MÉTODOS	03
IV. RESULTADOS	05
V. DISCUSSÃO	10
VI. CONCLUSÃO	16
VII. ABSTRACT	18
VIII.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

RESUMO

Foram estudados 19 pacientes com adenomegalia, com objetivo principal de buscar definir uma orientação de conduta a ser seguida, baseada principalmente em características clínicas e evolutivas, visando dar maior segurança do profissional médico, no acompanhamento do paciente e na indicação de biópsia.

Dos casos analisados a maioria foi consequente a adenite reacional. Outros diagnósticos foram levantados, sendo um de adenite bacteriana e um abscesso. Do total, dois casos foram submetidos à biópsia, sendo um de hiperplasia linforreticular e o outro de linfoma não Hodgkin.

INTRODUÇÃO

O gânglio periférico aumentado é uma situação clínica frequente na prática pediátrica, podendo representar uma simples adenite reacional ou ser sede de proliferação de células neoplásicas. Algumas vezes estas possibilidades causam angústia ao médico assistente, visto que pode ser um dilema a indicação ou não da biópsia, a qual é um procedimento agressivo, que não pode ser generalizado a todo paciente com adenomegalia, devendo portanto as indicações obedecerem certos parâmetros.

O presente estudo, é um trabalho prospectivo em adenomegalia, sem causa previamente conhecida. O objetivo principal foi procurar definir uma orientação de conduta a ser seguida, baseada principalmente em características clínicas e evolutivas, visando dar mais subsídios ao profissional que acompanha o caso e estabelecer parâmetros mais precisos na indicação de biópsia.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisados no período de fevereiro de 88 a abril de 88, 19 pacientes com adenomegalia, com idade igual ou inferior a 14 anos. Destes, 17 no Serviço de Onco-hematologia pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão, na sua grande maioria provindas da emergência e 02 no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

No primeiro atendimento, as crianças não tinham diagnóstico prévio da etiologia da adenomegalia. Após história clínica e exame físico geral, avaliamos especialmente o(s) gânglio(s) quanto a localização, tamanho, aderência, confluência ou não, presença de cicatrizes e/ou fístula. Utilizamos o critério de avaliação crescente de grau I a grau IV, respectivamente, para uma cruz em quatro a quatro cruces em quatro, para as seguintes características: mobilidade, fixidez, sensibilidade, consistência, rubor e hipertemia local. Sabemos da subjetividade destes critérios, mas os utilizamos na impossibilidade de outros mais fidedignos. A análise destas características foram feitas pelas mesmas pessoas.

Foi rotina a realização de hemograma, VHS, contagem de plaquetas, PPD e Rx de tórax, no intuito de triagem para uma eventual patologia mais comprometedora e ao mesmo tempo, orientar na realização de exames mais específicos, que também seriam solicitados quando de suspeita clínica mais definida.

Consideramos normais os seguintes valores: leucometria de 4.000 a 10.000 por mm^3 , hematócrito maior ou igual a 35%, hemoglobina maior ou igual a 11,5g%, eritrócitos maior ou igual 4.500.000 por mm^3 , VHS até 20 mm na primeira hora, PPD quando menor que 10 mm e plaquetas de 200.000 a 400.000 por mm^3 . A antibioticoterapia foi usada nos casos que apresentaram infecção bacteriana, clinicamente reconhecível e na suspeita de adenite bacteriana, até confirmação laboratorial. O antinflamatório não hormonal foi usado quando a adenomegalia apresentava sinais flogísticos evidentes.

RESULTADOS

Houve predominância do sexo feminino (12 casos) em relação ao masculino (07 casos). A idade variou entre 11 meses e 14 anos. A nível ambulatorial foram acompanhados 14 casos e 05 em regime de internação.

Como manifestações conjuntas a adenomegalia, foram identificados 06 casos com infecção de vias aéreas superiores (IVAS), 02 com impetigo prévio, 02 com adinofagia e febre, 01 com impetigo, 01 com cefaléia e febre, 01 com amigdalite, 01 com febre, emagrecimento e otalgia e em 05 somente adenomegalia (vide tabela 1 - pag. 09).

Quanto a localização da adenomegalia, 06 casos foram submandibulares, 06 cervicais, 05 generalizados, 01 axilar e 01 retro-auricular. O tamanho dos nódulos variou de 0,5 até 7cm de diâmetro. Em 08 pacientes a consistência estava aumentada, sendo classificada em 01 como grau I e em 07 como grau II. Em 13 pacientes a sensibilidade estava aumentada, sendo 04 classificados como grau I, 07 como grau II e 02 como grau III. Alterações de pele como hipertermia e rubor local estiveram presentes em 10 pacientes, destes, 08 como grau I, 01 como

grau II e 1 como grau III. Em 3 pacientes houve fixidez, 02 com grau I e 01 com grau II. Aderência a planos superficiais ocorreu em 02 casos. Adenomegalia não confluyente em 16 pacientes, confluyente em 02, não sendo possível definir em 01 caso. Nenhum paciente apresentou cicatrizes ou fístulas.

O tempo de aparecimento do(s) nódulo(s) até o primeiro atendimento variou de 04 dias a 04 meses.

Quanto aos exames de rotina, o hemograma apresentou normalidade em todos na série vermelha. Leucocitose foi encontrada em 10 pacientes, variando de 10.300 a 23.000/mm³, em dois destes com desvio à esquerda. Em 01 paciente encontrou-se leucopenia de 1.600/mm³. O VHS estava aumentado em 15 pacientes, variando de 25 a 107 mm na primeira hora. O Rx de tórax mostrou-se alterado em 01 caso, com aumento de partes moles em região axilar esquerda.

Evoluíram com regressão da adenomegalia 17 casos. Destes, 06 com adenomegalia reacional, possivelmente à infecção de vias aéreas superiores, apresentaram regressão das características iniciais num período de 07 a 20 dias. Dois pacientes com impetigo prévio apresentaram melhora num período de 16 a 20 dias. Em um paciente com impetigo, febre alta e adenomegalia cervical, tamanho de seis por cinco centímetros, consistência, sensibilidade, rubor e temperatura de grau II, fixidez de grau I, suspeitou-se de adenite bacteriana. Após punção aspirativa iniciou-se com antibiótico e antinflamatório não hormo-

nal. Na cultura do material aspirado identificou-se estreptococo beta hemolítico. Houve resolução em 07 dias. Um paciente com adenite reacional possivelmente à amigdalite apresentou melhora do quadro em 15 dias com uso de antibiótico e antinflamatório não hormonal. Os dois pacientes com odinofagia e febre evoluíram com melhora da adenomegalia num período de 12 a 15 dias. Um destes já sabidamente portador de linfoma de Hodgkin, fora de tratamento, associado a odinofagia e febre apresentava hiperemia de orofaringe e adenomegalia generalizada, de características reacionais, sendo o maior gânglio de localização inguinal. No hemograma constatou-se leucopenia de $1600/\text{mm}^3$ e após administração de antibiótico ocorreu involução dos gânglios em 15 dias. Nos 05 pacientes que apresentaram somente adenomegalia houve resolução num período de 10 a 20 dias. Um dos pacientes, com impressão inicial de adenomegalia em região axilar esquerda, inicialmente com suspeita de neoplasia, por apresentar diâmetro de 06 cm, consistência grau II, mobilidade grau I, com evolução prévia de 02 semanas, acompanhado em regime de internação, evoluiu para rubor e temperatura grau III e posteriormente abscedação. Na ultrassonografia da massa evidenciou-se líquido no seu interior. Realizado punção aspirativa, colheu-se secreção purulenta, e na cultura identificou-se Staphylococcus aureus coagulase positiva. Após drenagem cirúrgica e antibioticoterapia conforme antibiograma houve resolução. Como foi evidenciado não se tratar de adenomegalia e sim de um abscesso, não

incluiu-se no cálculo do tempo de resolução das adenomegalias, devido ao diagnóstico final.

Em 02 casos de adenomegalias com evolução prévia prolongada, que após 07 dias de observação, em regime de internação, não houve regressão, sendo indicado biópsia. Um deles apresentava cefaléia e febre persistente, massa em região cervical posterior medindo quatro por três centímetros, de consistência, sensibilidade e mobilidade grau II, não confluyente, rubor e temperatura grau I. No hemograma leucocitose de $11.600/\text{mm}^3$, VHS 95 mm, com sorologias negativas para toxoplasmose e rubéola. O laudo anátomo-patológico foi de hiperplasia linforreticular. A indicação para biópsia foi devido a não regressão da massa e evolução de 03 meses. O outro paciente apresentava febre persistente, emagrecimento e adenomegalia retroauricular esquerda de 07 centímetros de diâmetro, consistência fibroelástica, sensibilidade grau II, mobilidade grau I, não aderente, isolado; leucocitose de $22.000/\text{mm}^3$ e VHS de 62 mm. O laudo da biópsia foi de linfoma não Hodgkin. A indicação foi baseada nos sinais e sintomas, características da adenomegalia e pelo longo tempo de evolução (4 meses).

TABELA I: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ADENOMEGALIA
CONFORME PRESENÇA OU NÃO DE MANIFESTA-
ÇÕES PARALELAS.

MANIFESTAÇÕES PARALELAS	Nº CASOS
IVAS	06 CASOS
SEM MANIFESTAÇÕES PARALELAS	05 CASOS
IMPETIGO PRÉVIO	02 CASOS
ODINOFAGIA E FEBRE	02 CASOS
IMPETIGO	01 CASO
CEFALÉIA E FEBRE	01 CASO
FEBRE, EMAGRECIMENTO E OTALGIA	01 CASO
AMIGDALITE	01 CASO

DISCUSSÃO

Não há estudos na literatura relacionando a real incidência entre adenite bacteriana, adenite reacional e neoplasia; mas os processos infecciosos são sem dúvida a principal causa dos enfartamentos ganglionares^(1, 2, 3,). As infecções agudas regionais podem levar a enfartamento do gânglio que está na área de drenagem linfática da região afetada. Infecções agudas gerais podem ser também acompanhadas de enfartamento ganglionar tanto localizado como generalizado. As crianças são muito mais aptas do que os adultos para responder com hiperplasia linfóide e adenomegalia generalizada até aos menores estímulos como uma infecção de vias aéreas superiores ou de pele.

Nã adenite reacional pode ser detectado ou não um sítio infeccioso. É difícil inferir com certeza que o gânglio aumentado seja consequente a isto. Os gânglios na adenite reacional costumam ser móveis, indolores, não coalescentes, sem sinais flogísticos importantes, de consistência normal ou levemente aumentada, não associadas a queixas de emagrecimento e febre persistente⁽³⁾. Dos

15 casos de adenite reacional, em 02 foi encontrado fixidez de grau I, sendo um destes confluyente. Em outro paciente foi impossível definir quanto a confluência ou não. Rubor e temperatura de grau I foi encontrado em 08 casos. A consistência estava aumentada em 06 pacientes, sendo 02 como grau I e 04 como grau II. A característica que discordou das já citadas para adenite reacional, foi a fixidez, apesar de classificada como grau I. Nestes casos recomenda-se a observação periódica, pois usualmente ocorre regressão espontânea. Existem ocasiões em que o gânglio se mantém pouco aumentado, porém com características normais. Nestes casos a observação deve ser feito por tempo prolongado⁽³⁾. Não há critérios fixos para se determinar quanto tempo um gânglio aumentado deve ser seguido; desta forma poderemos, sempre que possível, acompanhar a sugestão de KNIGHT, para decidir a indicação de biópsia: se o gânglio apresentar aumento do tamanho acima dos limites iniciais em duas semanas de observação e os estudos diagnósticos forem negativos; se o gânglio não houver diminuído em relação as medidas iniciais em um seguimento de 4 a 6 semanas; se o gânglio não houver regressado ao tamanho considerado dentro dos limites iniciais para a idade da criança e localização após 8 a 12 semanas⁽⁸⁾.

Em um outro paciente, com adenomegalia de características reacionais, foi indicado biópsia por apresentar evolução prévia de 03 meses após acompanhamento de 07 dias e exames laboratoriais inconclusivos. O laudo anátomo-

patológico foi de hiperplasia linforreticular, que confirmou as características reacionais do gânglio. Neste caso as características do gânglio foram elementos mais fidedignos do que o longo tempo de evolução.

PETRILLI, num trabalho de revisão de biópsias encontrou 42,1% de hiperplasia linforreticular para 30,3% de neoplasias, onde considerou alta a incidência de neoplasias comparando com semelhante trabalho de KNIGHT^(3,8). A alta incidência foi considerada devido ao grande tempo de evolução das adenomegalias, média de 05 meses, que facilitou a indicação de biópsia, mas retardou o diagnóstico e portanto piorou o prognóstico.

A suspeita de adenite bacteriana se faz quando associa-se febre alta à adenomegalia com evidentes sinais flogísticos, sendo que a maioria dos pacientes é de idade pré escolar^(7,9). A adenite bacteriana foi diagnosticada em 01 caso. Suspeitou-se devido as características do gânglio e por apresentar febre alta e impetigo associado. O diagnóstico foi confirmado pela cultura do material obtido através de punção aspirativa. O agente identificável foi estreptococo beta hemolítico. Este achado coincidiu com a literatura, que aponta o estreptococo como agente mais incidente, variando de 50 a 74%. O segundo mais incidente é o estafilococo que absceda mais frequentemente e muitas vezes é resistente a penicilina^(4,5,6,7,9).

Os sinais clínicos sugestivos de neoplasia, mas não patognomônicos, são a febre persistente (por mais de

07 dias), hepato e/ou esplenomegalia, emagrecimento importante e estado geral comprometido⁽³⁾. Os gânglios acometidos por linfoma tendem a ser grandes, simétricos, elásticos, firmes, móveis ou não, isolados e não dolorosos^(1,2,10). Já os gânglios contendo carcinoma metastático são pêtreos, não dolorosos, bem localizados, fixos e aderentes^(1,2,10). Gânglios axilares estão relacionados com carcinoma de mama, supraclaviculares com carcinoma de estômago, sendo estas etiologias muito pouco frequentes na criança⁽¹⁾.

O objetivo da biópsia é fazer precocemente o diagnóstico e conseqüentemente evitar um mau prognóstico. É importante lembrar que a biópsia deve ser feita no gânglio mais significativo, que deve ser retirado inteiro, o que nem sempre significa retirar o gânglio mais fácil. Quando persistir a adenomegalia após a biópsia, mesmo com o laudo de hiperplasia linforreticular, deve-se insistir em nova biópsia, pois há relatos na literatura que somente na segunda ou terceira biópsia foi diagnosticado neoplasia^(3,10).

Um paciente apresentou adenomegalia com características sugestivas de linfoma, exceto por apresentar sensibilidade aumentada de grau II. Acompanhava o quadro febre persistente, emagrecimento e evolução de 04 meses. Confirmou-se a suspeita clínica através da biópsia, cujo laudo foi de linfoma não Hodgkin. Foi ainda encontrado, neste paciente, leucocitose de $22.000/\text{mm}^3$, com desvio à esquerda. Foram dados relevantes para indicação da bióp-

sia o quadro clínico, as características da adenomegalia e a evolução prévia de 04 meses.

A indicação da biópsia é uma decisão difícil e, mesmo a literatura, não traz padrões definidos para este objetivo. Os parâmetros não são exclusivos de patologia neoplásica e muitas vezes, só a associação de dados torna-se relevante para indicar biópsia.

A dificuldade de diagnosticar aumento de volume como sendo adenomegalia ocorre porque, eventualmente, outras patologias podem apresentar-se de maneira semelhante a essa. Isto foi um achado de PETRILLI, que em 07 de 76 biópsias encontrou outras entidades que não adenomegalia, entre estas higroma císticos, cisto tireoglossos e tireoidopatias⁽³⁾.

Inicialmente um paciente teve suspeita de adenomegalia neoplásica, que na evolução evidenciou-se tratar de abscesso e não de adenomegalia. Este achado, coincide com a literatura pesquisada, alerta para a realização de diagnóstico diferencial, anteriormente já citado⁽³⁾.

O VHS apresenta baixa especificidade, aumentando indistamente em processos neoplásicos e inflamatórios. Passa ter importância quando o aumento é acompanhado de outras manifestações como febre persistente, emagrecimento, hepato e/ou esplenomegalia⁽³⁾. PETRILLI num trabalho de revisão de biópsias encontrou VHS aumentado em 37% de seus pacientes, sendo que 39% destes eram portadores de neoplasia.

O achado de PPD reator associado à adenomegalia

nos alerta para a possibilidade deste gânglio ser de origem tuberculosa. Os pacientes são frequentemente de nível sócio econômico desfavorável, o PPD é fortemente reator, o Rx de tórax está frequentemente alterado. Devem ser realizados o exame histopatológico e pesquisa de Mycobacterium tuberculosis nos linfonodos (exsudato linfonodal), através do exame direto e inoculação em cobaia^(2,12).

CONCLUSÃO

A adenite reacional é a causa mais frequente de enfartamento ganglionar. Os gânglios nesta situação costumam apresentar-se localizados, móveis, não confluentes, de sensibilidade normal ou levemente aumentada, sem sinais flogísticos, não associados a queixa de emagrecimento e febre persistente. Usualmente ocorre regressão espontânea do quadro sendo recomendada a observação periódica.

A adenite bacteriana ocorre mais frequentemente em pré-escolares, acompanhada de febre alta e gânglios com evidentes sinais flogísticos. O diagnóstico definitivo é feito através do isolamento do agente, sendo o estreptococo beta hemolítico o agente mais incidente.

A biópsia é um procedimento agressivo, que não pode ser generalizada a todo paciente com adenomegalia e requer a determinação de parâmetros para tal, pois eles não são patognomônicos e sim sugestivos. Devem ser considerados em conjunto: febre persistente, emagrecimento, hepatoesplenomegalia, mal estado geral, VHS aumentado, evolução prolongada e adenomegalia sugestiva de neoplasia. No lin-

foma a adenomegalia costuma apresentar-se de grande tamanho, simétricos, elásticos, firmes, móveis ou não, isolados e não dolorosos, sendo o linfoma de Hodgkin a neoplasia mais frequente na criança^(3,8).

A indicação da biópsia é um procedimento difícil e, mesmo a literatura, não traz padrões totalmente definidos para indicação da mesma.

ABSTRACT

Were studied 19 patients with adenopathy, with the main objective to search for an establishment for direct and conduct to be follow, based main in clinical and evolutive characters, aiming to give a major security to the physician, in his follow up of the patient and in biopsy indication.

Of the analysed cases, the majority were consequent to reactional adenitis. Other diagnostics were presumed, one of bacterial adenitis and one abscedation.

From the total, two cases were submited to biopsy, been one case of linforreticular hiperplasy and other of non Hodgkin lymphoma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. QUARENTEI, G. Adenopatias. In: MARCONDES, E. Pediatrica Básica. 7a.ed. São Paulo, Sarvier, 1985. Terceira parte. p. 157-9.
02. FEFER, A. Hipertrofia dos linfonodos e baço. In: HARRISON, T.R. et al. Medicina Interna. 10ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984, cap.56, p. 330-5.
03. PETRILLI, A.S. et al. Adenopatias em crianças. Jornal de Pediatria, 61(2): 95-101, agosto, 1986.
04. HIEBER, J.P. et al. Staphylococcal cervical adenitis in young infants. Pediatrics, 57(3): 424-6, mar, 1976.
05. BARTON, L.L. & FEINGIN, R.D. Childhood cervical lymphadenitis: a reappraisal. J. Pediatr., 84(6): 846-52, jun., 1974.
06. SHMITT, B.D. Cervical adenopathy in children. Pos. Grad. Med., 60(3): 251-4, sep., 1976.

07. SCOBIE, W.G. Acute suppurative adenitis in children: a review of 964 cases. Scot. Med. J., 14: 352-4, 1969.
08. KNIGHT, P.J. et al. When is lymph node biopsy indicated in children with enlarged peripheral nodes? Pediatrics, 69(4): 391-6, apr., 1982.
09. KNIGHT, P. J. & REINER, C.B. Superficial lumps in children: what, when, and why? Pediatrics, 72(2): 147-53, aug., 1983.
10. ANTHONY, P.P. & KNOWLES, S.A.S. Lymphadenopathy as a primary presenting sign: a clinico-pathological study of 228 cases. Br. J. Surg., 70: 412-4, 1983.
11. KISSANE, J.M. & GEPHARDT, G.N. Lymphadenopathy in childhood. Hum. Pathol., 5(4): 431-9, jul., 1984.
12. SPARK, R.P. et al. Non tuberculous mycobacterial adenitis of childhood. Am.J.Dis.Child., 142(1): 106-8, jan., 1988.
13. GREENFIELD, S. & JORDAN, M.C. The clinical investigation of lymphadenopathy in primary care practice. JAMA, 240(13): 1388-93, sep.22, 1978.

14. LAKE, A.M. & OSKI, F.A. Peripheral lymphadenopathy in childhood, ten-year experience with excisional biopsy. Am. J. Dis. Child., 132(4): 357-9, apr., 1978.
15. ZUELZER, W.W. & KAPLAN, J. Child with lymphadenopathy. Sem. Hematol., 12(3): 323-34, jul, 1975.
16. JEGHERS, H. et al. Linfadenopatia e distúrbios dos linfáticos. Tipos de comprometimento dos linfonodos e alterações patológicas. In: BLACKLOW, R.S. MacBryde sinais & sintomas, 6ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1986, Cap. 26, p. 454-60.
17. FREIRE, L.M.S. & TEIXEIRA JR., J.F. Diagnóstico diferencial das adenomegalias. In: TONELLI, E. Doenças infecciosas na infância. Rio de Janeiro, Médica e Científica, 1987. Cap. 95, p. 1121-33.

**TCC
UFSC
PE
0297**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0297

Autor: Simoni, Genoir

Título: Adenomegalia em crianças : aval



972814017

Ac. 253919

Ex.1 UFSC BSCCSM